



## Formulario de consentimiento para la comunicación de información médica protegida (PHI)

En Complete Cardiac and Vascular Care, nos gustaría comprender sus métodos de comunicación preferidos y obtener su consentimiento para divulgar información médica a miembros de la familia y otras personas de su elección. Al firmar este formulario, nos da permiso para transmitir su información médica, como resultados de laboratorio, solicitudes de prescripción, recordatorios de citas y referencias por teléfono, fax, correo postal u otros métodos especificados como se selecciona a continuación. También nos da permiso para divulgar información médica a los miembros de su familia, cuidadores u otras personas seleccionadas de acuerdo con sus preferencias a continuación. Entiende que tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación no cubrirá la información divulgada antes de esa fecha. Este formulario es opcional y no caduca. Su solicitud estará vigente hasta que notifique a nuestra práctica de cualquier cambio.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Registro Médico #: \_\_\_\_\_

### Métodos de comunicación (marque todos los que correspondan):

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Deje un mensaje de voz  
No deje un mensaje de voz

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Deje un mensaje de voz  
No deje un mensaje de voz

Celular Teléfono: \_\_\_\_\_

Dejar un mensaje de voz  
No dejar un mensaje de voz  
Mensaje de texto

Comunicación escrita:

Enviar a la dirección de casa  
Enviar a la dirección del trabajo  
Enviar por fax a este número:  
\_\_\_\_\_

Mensajes electrónicos seguros a través del Portal para pacientes en línea (debe tener 18 años de edad o más)

Correo electrónico para acceder al portal del paciente: \_\_\_\_\_  
Mensajes a través de Healow y ECW      Otros: \_\_\_\_\_

### Permiso (s) (marque todo lo que corresponda):

No quiero que mi información médica sea comunicada a los miembros de mi familia o cuidadores

Le doy a esta práctica el permiso para comunicar mi información médica a miembros de familia, cuidadores u otras personas que se enumeran a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Información que se divulgará / accederá (marque todas las que correspondan):

Información de la cita

Medicamentos recetados

Información de referencias

Resultados de laboratorio

Instrucciones / consejos médicos

Facturación, seguro y pago formation

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento